

DES INFLAMMATIONS
DE LA
BOURSE SÉREUSE SUBILIAQUE

(Bourse séreuse du muscle psoas)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HIPPOLYTE DOUZANS

Né le 10 Mai 1872, à Banyuls-sur-Mer (Pyénées-Orientales)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894

DES INFLAMMATIONS

DE LA

BOURSE SÉREUSE SUBILIAQUE

(Bourse séreuse du muscle psoas)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HIPPOLYTE DOUZANS

Né le 10 Mai 1872, à Banyuls-sur-Mer (Pyrénées-Orientales)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL,
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	MOREAU id.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIG.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. POLLOSSON Aug, Assesseur ; MM. ROLLET E. et JABOULAY Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Gage de mon amour inaltérable

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE LYON
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JABOULAY

CHIRURGIEN-MAJOR DÉSIGNÉ DE L'HOTEL-DIEU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLE

PROFESSEUR DE CHIMIE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MES MAÎTRES

de la Faculté de Lyon et de Montpellier

Que ces lignes, préface de notre travail inaugural, assurent de notre reconnaissance nos Maîtres des Facultés de Lyon et de Montpellier, qui n'ont cessé, durant nos études médicales, de nous prodiguer les ressources de leur vaste savoir.

Nous tenons à remercier tout particulièrement :

M. le professeur Poncet, qui nous a inspiré cette thèse, en a dirigé l'élaboration ; en souvenir surtout de l'amabilité qu'il nous a toujours témoignée quand nous suivions ses cliniques magistrales de l'Hôtel-Dieu. L'honneur qu'il nous fait, en plaçant ce bien modeste essai sous son éminent patronage, est un titre de plus à notre reconnaissance et à notre attachement ;

M. le professeur agrégé Jaboulay, qui nous a toujours reçu avec une exquise bienveillance ;

M. le professeur Ville de la Faculté de Montpellier, pour l'intérêt qu'il a toujours témoigné à son jeune compatriote.

Que nos camarades de promotion enfin, qui nous ont accordé parfois leur sympathie, et quelquefois leur amitié, reçoivent ici l'expression de notre vive reconnaissance.

H. D.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552608_0022

INTRODUCTION

Durant le long stage chirurgical que nous avons fait dans le service de M. le professeur Poncet, il nous fut donné de voir, au mois de janvier 1893, une affection bizarre, dont l'allure peu classique excitait la curiosité des assistants et ouvrait la voie à des diagnostics variés. Il s'agissait d'une tumeur de la racine de la cuisse, à la partie moyenne du triangle de Scarpa, à très lente évolution, nettement circonscrite, de la grosseur d'un œuf de poule, à peine fluctuante. Le diagnostic porté par notre maître fut celui-ci : « Hygroma de la bourse séreuse du muscle psoas iliaque, bourse de glissement séparant ce muscle de l'article coxo-fémoral. »

La ponction évacuatrice faite avec un petit trocart donna issue à une centaine de grammes d'un liquide

jaune clair, à peine filant, plutôt séreux, et amena la réduction complète de la tumeur.

Mais, dès le lendemain, le bénéfice de cette bénigne intervention n'était plus appréciable. La tumeur se reproduisit. Le malade n'ayant quitté l'hôpital que quelques jours après, sur son refus d'acquiescer à une intervention plus active et vraiment curative, il nous fut donné d'examiner à loisir les signes cliniques d'une pareille tumeur.

Avait-elle une symptomatologie clinique spéciale, qui pût la distinguer d'une façon certaine des nombreuses tumeurs liquides ou solides de la racine de la cuisse ?

Avait-elle une thérapeutique appropriée et vraiment chirurgicale ? Toutes ces questions se posaient dans notre esprit de jeune stagiaire, pendant l'examen du malade, lorsqu'une circonstance très heureuse nous mit sur la voie de recherches plus approfondies.

M. le professeur Poncet nous donna l'idée de faire de cette variété de tumeurs le sujet de notre thèse inaugurale. Les recherches bibliographiques (et le temps ne nous a pas manqué pour la faire aussi complète que possible) nous apprirent bientôt qu'aucune étude d'ensemble n'avait été faite sur cette question. Autant les rapports de la bourse séreuse iliaque du psoas étaient précis, autant la pathologie de cette bourse était peu précise et peu condensée.

Des cas très rares avaient été publiés, tous épars, les

uns dans quelques lignes d'une communication trop brève à quelque Société chirurgicale, les autres moins nombreux d'ailleurs, avec un luxe de détails et une netteté d'observation qui devaient nous être précieux.

Fricke, de Hambourg, nous paraît être le premier — ou du moins un des premiers — qui, en 1834, ait attiré l'attention sur les affections de la bourse iliaque. Il cite dans le *Journal de Chirurgie et de maladie d'yeux*, de Græfe et Ph. von Walter, l'observation très courte que nous publions dans le cours de notre thèse, et publie en même temps quelques recherches anatomiques sur la séreuse en question.

Après lui, toute la série des chirurgiens, que nous avons cités dans le chapitre des observations, ont publié les cas observés. Plusieurs d'entre eux d'ailleurs, tels que Broca et Verneuil, n'ont publié que des trouvailles d'autopsie.

Velpeau, Chassaignac, dans leurs travaux sur les cavités closes ou les bourses séreuses publiés par le premier en 1843, par le second en 1855, parlaient très vaguement, parmi les « cavités » de la racine de la cuisse, de kystes de la bourse du muscle psoas.

Plus près de nous, deux observations, réellement dignes de ce nom, aussi détaillées que possible ont été publiées, l'une par le professeur Richet, nous l'avons empruntée à ses *Cliniques chirurgicales*, l'autre en 1880 par le D^r Schaefer, de la Clinique du professeur Volkmann dans le *Centralblatt für Chirurgie*.

Telles sont les données bibliographiques générales que nous avons pu recueillir. Elles limitent au chiffre quinze le nombre des cas publiés, y compris le cas observé dans le service de M. le professeur Poncet et recueilli par nous.

Dans l'étude qui va suivre, voici l'ordre d'exposition que nous avons choisi :

Dans un premier chapitre se placent les recherches anatomiques faites par les divers auteurs que nous avons consultés, ainsi que nos modestes recherches personnelles.

Le deuxième chapitre comprendra l'étiologie et la pathogénie.

Le troisième, l'exposé des faits cliniques. Les symptômes de l'affection qui nous occupe, suivis du diagnostic différentiel rempliront le quatrième chapitre.

Enfin le chapitre V contiendra les diverses méthodes de traitement, la discussion de leur valeur, et l'exposé de la méthode qui nous paraîtra la méthode de choix.

Nos conclusions termineront cette étude et seront un résumé succinct des principaux points de notre travail qui nous paraîtront mériter une affirmation nouvelle et toute spéciale.

Notre but n'est nullement de faire œuvre nouvelle, ni d'attribuer à une étude, peut-être banale, l'importance que la rareté de la lésion elle-même nous oblige à lui refuser. Nous serons satisfait si cet essai de clinique chirurgicale peut faire de quelques observations éparses, un tout homogène, préciser une symptomatologie incertaine, pro-

poser une méthode de traitement qui nous aura paru la plus convenable d'après le simple examen des faits, s'il peut enfin, par son titre seul, éveiller dans l'esprit du clinicien avant l'examen d'une tumeur de la racine de la cuisse, la possibilité d'une tumeur de la bourse séreuse du psoas.

Quant à donner une formule infaillible de diagnostic, nous n'aurons jamais la prétention d'aller jusque-là, nous souvenant qu'un des meilleurs cliniciens de notre époque, M. le professeur Verneuil, a pu prendre pour une coxalgie un abcès de cette bourse séreuse, constaté plus tard à l'autopsie.

DES INFLAMMATIONS

DE LA

BOURSE SÉREUSE SUBILIAQUE

(Bourse séreuse du muscle psoas)

CHAPITRE PREMIER

Recherches anatomiques.

Le psoas iliaque, muscle fléchisseur, abducteur, et rotateur de la cuisse en dehors, à sa sortie du bassin où il a pris ses insertions par sa portion psoas et sa portion iliaque, croise d'abord le rebord de l'os coxal, passe au-devant de la capsule fibreuse articulaire de la hanche, la contourne ensuite à sa partie inféro-interne, pour aller s'insérer au petit trochanter. Sa direction générale est, on le sait, oblique de haut en bas, de dehors en dedans, et d'arrière en avant. Le rapport qu'il prend avec la capsule articulaire n'est pas un rapport direct, immédiat ; entre la portion du psoas située au-devant de l'article, et cet article lui-même, se trouve une bourse séreuse appelée bourse iliaque ou sub-iliaque, constante et « d'un développement remarquable » (Testut).

Une deuxième bourse moins importante, éloignée d'ailleurs de la capsule articulaire, se trouve entre le tendon du muscle et la face antérieure du petit trochanter. Cette bourse séreuse ne nous intéresse nullement, ce n'est que de la première qu'il s'agit dans toutes les descriptions des anatomistes, sous le nom de bourse séreuse du psoas. D'ailleurs des différences histologiques les séparent nettement et s'ajoutent aux rapports respectifs pour les faire aisément distinguer dans une dissection. La bourse séreuse sub-iliaque, située entre la capsule articulaire et la portion fémorale du muscle psoas, est une des bourses séreuses les plus importantes et les plus développées.

En parlant de la structure des séreuses J.-A. Fort, dit dans son livre d'anatomie : « Il en est quelques-unes, assez rares, que l'on doit considérer comme formées d'une membrane, telles la bourse séreuse située au-dessous du psoas iliaque et la bourse séreuse du deltoïde. » Nous ne nous occuperons que de cette bourse séreuse sous-musculaire, préarticulaire.

Chez certains sujets elle présente sur sa face postérieure, sa face capsulaire, un pertuis qui sert de communication directe entre la bourse séreuse et la synoviale de l'articulation sous-jacente.

« La capsule, dit le professeur Testut, dans son *Traité d'Anatomie humaine*, mesure à sa partie inférieure qui est la plus mince, 4, 3 ou 2 millimètres même. Le ligament capsulaire s'amincit encore au niveau du point où il est recouvert par le muscle psoas. Il présente même assez fréquemment à ce niveau une solution de continuité, une véritable ouverture à travers laquelle la synoviale de

l'articulation se met en contact avec la bourse séreuse du psoas ou même communique avec elle. » Ce pertuis, existe sous forme d'orifice ovalaire, le long du bord interne du ligament de Bertin (ce dernier va de l'épine iliaque antéro-inférieure, au petit trochanter).

L'anatomie nous fixe dans les rapports exacts de la bourse séreuse sub-iliaque, mais les divergences apparaissent au sujet du degré de fréquence de la communication entre la bourse et la synoviale articulaire.

M. *Testut*, nous venons de le voir, dit que la communication « se rencontre assez fréquemment ».

Mais *Fricke* de Hambourg, qui a fait les premières recherches, avait sur dix cadavres trouvé une seule fois la communication.

Luschka la tient encore plus rare, surtout chez les enfants, les jeunes sujets puisqu'il l'a trouvée très exceptionnellement chez eux (*Anatomie und Chirurgie — Membres*, page 270).

Hyrtl, l'anatomiste allemand, prétend que, chez les individus âgés, cette communication entre la capsule et la bourse est presque toujours établie, mais *Richet* dans son *Traité d'Anatomie médico-chirurgicale* est bien plus affirmatif que tous les anatomistes déjà cités. Voici ce qu'il dit en propres termes : « La communication n'est pas un fait rare, anormal, elle est presque générale ; lorsque j'étais prosecteur et que je préparais mes cours d'anatomie, vingt fois je me suis appesanti sur cette disposition, et ne croyez pas que, pour le démontrer, il me fallût prendre plusieurs sujets. Nullement, j'annonçais que nous devions trouver cette communication et je ne me souviens pas avoir jamais été déçu ».

Que penser de cette affirmation lorsque *Henle* « considère d'après ses recherches la communication comme une chose très rare ».

Fort prétend que la bourse communique *quelquefois* avec la synoviale. D'après lui, *Richet* est dans l'erreur.

Zoja dans sa thèse de concours (Université de Pavie) croit que la communication n'aurait lieu qu'une fois sur neuf.

Pour *Tillaux*, qui ne publie pas de proportion bien précise, « cette bourse est large, remonte à une certaine distance sur l'éminence ilio-pectinée, et, détail des plus importants, communique souvent avec la synoviale coxo-fémorale à travers une éraillure de la capsule ». (*Traité d'anatomie topographique*, p. 983.)

La diversité des opinions qui précèdent, toutes émanées d'anatomistes des plus écoutés, nous aurait éclairé sur la valeur des statistiques (si nous n'avions déjà été prévenu), surtout lorsqu'elles s'appliquent au contrôle d'un fait anatomique. Ce n'est pas pour proposer une proportion peut-être plus disparate que nous avons fait nous-même des recherches personnelles à l'amphithéâtre, grâce à la bienveillante autorisation de M. le professeur agrégé *Jaboulay*. C'est plutôt pour bien étudier les rapports de la bourse séreuse qui nous occupe.

Sur 12 sujets examinés, d'âges très divers, nous n'avons pu trouver la communication que trois fois, malgré une minutieuse dissection de la capsule et un examen délicat des replis de sa face antérieure. En outre, un stylet guidé dans l'intérieur de la capsule modérément incisée, nous renseignait avant la dissection complète sur l'existence d'un pertuis.

Dans un seul cas, heureux, d'insufflation de la bourse par la cavité articulaire nous avons même pu nous assurer qu'elle s'étendait bien jusqu'à la crête ilio-pectinée et s'étendait jusqu'aux limites latérales du muscle qui la recouvrait sans la dépasser sensiblement.

De ces recherches anatomiques diverses, qui trouvaient naturellement leur place au début de cette étude, nous retiendrons donc les faits que voici : la bourse séreuse du psoas iliaque est constante, d'un développement morphologique et histologique remarquable.

Parfois indépendante et libre de toute connexion, parfois communiquant avec la synoviale de l'articulation coxo-fémorale.

Nous ne saurions dire si cette communication constatée par tous les auteurs plus ou moins fréquemment existe plutôt chez les jeunes sujets que les adultes et les vieillards ou inversement. Elle existe parfois, c'est un fait que nous avons à retenir, et dont nous montrerons plus loin les conséquences pathologiques.

CHAPITRE II

Etiologie. — Pathogénie.

Dans ce court chapitre nous ne voulons pas rééditer des notions étiologiques générales devenues classiques sur le développement de tumeurs des bourses séreuses. D'ailleurs, nous ne pourrions faire que des suppositions, les conditions étiologiques d'une affection de la bourse du psoas, n'étant pas suffisamment contenues dans les observations recueillies.

L'âge joue-t-il un rôle ? Nous ne saurions le dire. Sur 15 observations rassemblées dans notre thèse, 6 ne portent aucune indication d'âge. Les 9 autres ont trait à des sujets adultes ou à des vieillards. Il ne nous a pas paru que ces derniers soient plus ou moins sujets à l'affection qui nous occupe.

Nous ne saurions indiquer avec précision, d'après ces faits, l'influence de l'âge, pas plus que nous ne pouvons reconnaître l'influence du sexe.

Le traumatisme paraît avoir joué un rôle de cause déterminante chez le malade de l'observation X qui, dans une chute de voiture, se contusionna la partie supéro-externe de la cuisse. Telle ou telle profession peut-elle, par une contusion chronique, créer, sous le psoas, une de ces bourses, dites professionnelles ?

Nous l'avons vainement cherché dans les divers auteurs.

Toutefois, le cas de l'observation X ne doit pas être aussi rare qu'on pourrait le supposer, et le traumatisme aigu ou chronique doit bien avoir joué un rôle étiologique dans plusieurs des observations qui sont muettes à ce sujet.

L'arthritisme, cette diathèse à laquelle le professeur Verneuil fait jouer un grand rôle dans la production des affections des bourses séreuses, doit évidemment prendre place à côté du traumatisme dans ce paragraphe d'étiologie générale. Toutefois, nous devons exposer sur le mode d'action de l'arthritisme quelques données qui ouvriront la voie aux notions de pathogénie que nous exposerons plus bas. Un arthritique, un rhumatisant, pourra faire une affection de la bourse, primitive, et une affection secondaire. Cette classification générale repose sur l'existence de ce pertuis, de ce canal quelquefois, qui relie la capsule articulaire à la bourse séreuse. Le malade précité pourra avoir une détermination isolée de son rhumatisme sur la bourse séreuse, c'est là une première variété ; il pourra, si une communication existe, faire d'abord une arthrite rhumatismale de la hanche et faire ensuite un hygroma, par propagation de l'inflammation séreuse dans cette bourse qui n'est dans l'espèce qu'un diverticule. C'est là une deuxième variété.

Cette division en *hygromas primitifs* et *hygromas secondaires* se place naturellement en tête des notions pathogéniques qui vont suivre et va les expliquer.

1° Dans une première catégorie nous plaçons donc les *hygromas primitifs*. Le traumatisme, aigu ou chronique, l'arthritisme, la syphilis peut-être, sera la cause déterminante. Mais cette inflammation elle-même peut revêtir certaines formes.

a) Forme séreuse ;

b) Forme purulente.

a) La forme séreuse comprendra diverses variétés, selon que le liquide sera séreux ou muqueux, ou séro-muqueux, ou à grains, etc. Chez le malade que nous avons observé le liquide était séreux, non hémétique, à peine filant, tout comme du liquide synovial (obs. XV).

Dans l'observation XIV il contenait des grains riziformes. Dans l'observation VIII le contenu est comparable à de la gelée de coing.

b) *Forme purulente*. — Due à une localisation de produits infectieux sur la bourse (pyohémie, obs. I, fièvre typhoïde, etc.). C'est un véritable abcès de la bourse, abcès primitif. Un autre cas peut se présenter : sous l'influence d'un traumatisme, un épanchement hémétique se fait dans la bourse, et la suppuration peut s'établir. Enfin un hygroma séreux préexistant peut s'enflammer et passer à la suppuration. Telles sont les diverses formes d'affections primitives.

2° Dans une deuxième catégorie, nous rangeons les *hygromas secondaires, symptomatiques*, d'une altération plus ou moins éloignée, soit des os, des articulations ou des muscles voisins. La bourse séreuse du pésoas est à un

carrefour où le pus de nombreuses lésions, même éloignées, vient parfois aboutir. Dans ces hygromas *symptomatiques* ou *secondaires* nous ferons donc une division anatomique, d'après le siège de l'affection qui les a produits.

a) *Hygromas secondaires symptomatiques de lésions articulaires de la hanche.*

Au premier rang des affections pouvant donner naissance à cette variété d'hygromas, nous citerons le rhumatisme articulaire chronique de la hanche, ou plus rarement le rhumatisme articulaire aigu. Epanchement hydropique coxo-fémoral, distension capsulaire, propagation de l'inflammation à la bourse, hygroma de cette dernière. Telle est la pathogénie de cette variété d'affection. Le *morbus coxæ senilis* (arthrite sèche de la hanche, chez les vieillards, observé dans le cas de Maisonneuve) est peut-être même en cause dans le cas de notre malade.

Mais cette affection a sans doute une influence causale moindre que l'épanchement intra-articulaire séreux du rhumatisme (obs. XV, IV).

A côté de ces cas d'épanchement hydropique coxo-fémoral purement séreux, se place naturellement l'hydrarthrose de la hanche, suite de traumatisme (distorsion, luxation). Ce sont là des lésions articulaires séreuses, qui donnent des collections séreuses secondaires de la bourse.

Il nous reste à parler des arthrites suppurées et des déterminations possibles du côté de la bourse du psoas.

La *coxalgie* se place naturellement au premier rang de ces affections suppurées donnant des hygromas secondaires de nature purulente. Nous la trouvons dans le cas typique de Volkmann (obs. V), où ce chirurgien signale

un hygroma de la bourse séreuse du psoas constitué par un sac semé de granulations et contenant du pus caséux. Dans ce cas, le malade avait une coxalgie tuberculeuse avec granulations miliaires dans l'épaisseur de la synoviale; il n'y avait pourtant pas de communication entre la bourse séreuse et la capsule articulaire. Cela ne nous surprend nullement. L'idée d'hygroma symptomatique n'entraîne pas fatalement l'idée de communication, la propagation de l'infection tuberculeuse n'ayant pas besoin de contact immédiat pour se faire dans des organes voisins.

Les arthrites suppurées infectieuses (arthrites purulentes proprement dites) se placent après la coxalgie, le rhumatisme, ou l'hydropisie articulaire (obs. de Fricke, II). Dans cette observation, la communication existait, large, entre l'articulation et la bourse séreuse, mais ajoutons qu'elle n'est nullement nécessaire pour que le pus envahisse la bourse. Les lymphatiques et les vaisseaux sont un aussi sûr conducteur des produits infectieux qu'un canal ou un pertuis.

b) *Hygromas secondaires, symptomatiques d'une lésion vertébrale ou iliaque.*

L'abcès par congestion d'origine vertébrale ou iliaque se collecte dans le muscle psoas et dans sa gaine et descend peu à peu vers la racine de la cuisse. A ce niveau-là l'abcès peut rester longtemps stationnaire, ou même s'ouvrir à l'extérieur. Mais il peut aussi rompre la barrière qui le sépare de la bourse séreuse du psoas, et se collecter en partie dans cette dernière, constituant ainsi un hygroma suppuré symptomatique (obs. de Broca, Verneuil).

Le pus peut même aller plus loin et pénétrer dans l'ar-

ticulation, donnant ainsi une coxalgie secondaire, affection que Gibert a signalée dans sa thèse de Paris, 1859, *Coxalgie chez les enfants*. Cet auteur n'indique nullement le rôle que peut jouer, dans l'observation qu'il rapporte, la bourse séreuse du psoas, qui doit avoir joué, selon nous, le rôle de transmetteur de l'infection. Sorte de coussinet séreux, placé là entre le muscle et la capsule, elle s'enflamme d'abord dans ces cas de coxalgie secondaire. Si la communication existe, le pus passe très vite dans l'article et produit la coxalgie. Chez la jeune malade de Gibert (obs. XXI de sa thèse), la tumeur de l'aîne (abcès ossifluent du psoas et de sa bourse probablement) est restée longtemps stationnaire et c'est brusquement que la malade a été prise de violentes douleurs coxalgiques et de tous les symptômes d'inflammation articulaire. Le pus collecté dans la bourse a, selon nous, dilacéré brusquement la capsule, ou peut-être s'est simplement écoulé dans l'articulation par un pertuis préexistant. Mais ceci n'est que pure hypothèse; le fait à retenir est qu'il existe des abcès de la bourse du psoas symptomatiques du mal de Pott et que, selon nous, ils jouent un certain rôle dans la pathogénie de ces coxalgies, secondaires à une affection vertébrale.

c) *Hygromas secondaires symptomatiques de psoïtis.*

Cette variété est de beaucoup la moins importante sans doute, car le pus d'une psoïtis s'ouvre très souvent au dehors et très hâtivement si une intervention ne lui donne pas issue. Ce n'est pourtant une simple vue de l'esprit, car Curtis (*U. States. M. Invest.* Chicago, 1884) sous le titre *Psoïtis, with hip joint*, signale une arthrite suppurée de la hanche consécutive à une psoïtis. Le pus était

répandu sous le psoas — et malheureusement l'observateur n'a pas précisé s'il était collecté dans la bourse, avait dilacéré la capsule articulaire sur un seul point, inférieur et avait pénétré dans la cavité articulaire. Il n'est pas douteux que dans ce cas il n'y ait eu abcès de la bourse avant d'y avoir arthrite coxo-fémorale suppurée, mais l'observation est malheureusement muette sur ces indications essentielles. Nous retenons toutefois le fait de cette inflammation articulaire nettement liée à une psoïtis, puisqu'on a pu suivre la marche du pus sous le psoas (et dans sa bourse, selon nous), pour ne pas encourir le reproche d'avoir créé de toutes pièces une variété dont l'existence serait mise en doute. D'ailleurs, M. Poncet nous a fourni des documents plus précis à ce sujet. Il a observé deux fois, dans son service, une arthrite coxo-fémorale suppurée chez des malades atteints de psoïtis. En pareil cas, nous dit notre maître, le pronostic lui paraît d'une gravité extrême. M. Poncet est intervenu chez l'un de ses malades, chez une femme âgée de trente-quatre ans, par la résection de la tête fémorale, alors qu'il avait établi plusieurs contre-ouvertures du foyer purulent et qu'il cherchait par l'ablation de la tête fémorale, un drainage aussi parfait que possible. Les deux malades ont succombé à une septicémie à marche aiguë et l'autopsie est venue confirmer le diagnostic porté.

Dans ces cas, encore une fois, il n'est pas douteux que le pus avant de faire effraction dans la capsule, a dû remplir la bourse, et qu'un abcès de cette dernière a été le stade intermédiaire entre la psoïtis et l'arthrite suppurée.

CHAPITRE III

Faits cliniques.

OBSERVATION I

Ehrle (*Medicin. Korrespondenzblatt des Wurtemberg. ärztlichen Vereins*, octobre 1868, p. 275). — Recueillie par Ehrle, d'après une communication orale du professeur Luschka.

X..., jeune fille, qui après avoir subi une extirpation thyroïdienne, mourut avec les apparences d'une infection pyohémique; quelque temps avant la mort un œdème douloureux avait envahi sa jambe gauche.

A l'autopsie on trouva, entre autres foyers pyohémiques une collection purulente dans l'articulation du coude droit, toutes les autres articulations étaient libres.

La bourse subiliaque gauche se montra dilatée par un épanchement purulent: l'article coxo-fémoral n'était pas envahi par le pus.

On trouva la veine fémorale atteinte de thrombose à son extrémité tout à fait saine auparavant.

OBSERVATION II

D^r Fricke (Hambourg). *Schmidt'sche Jahrbücher*, 1834,
page 138.

Chez un adulte Fricke a observé une inflammation suppurée de la bourse séreuse subiliaque gauche, communiquant très largement avec l'articulation coxo-fémorale. Dès l'apparition de la tumeur, consécutive à l'inflammation articulaire, le malade ressentit tout le long du bord interne du membre inférieur une très vive douleur. En même temps se formait au-dessous du pli de l'aîne une grosse tumeur dans le sens du muscle. A la tumeur s'ajoute un œdème considérable de tout le membre, au sujet duquel l'auteur s'exprime en ces termes : « L'accroissement de tout le membre paraît dû à un érysipèle et ne semble pas dépendre de la formation de la tumeur présente. »

Le malade mourut de tuberculose généralisée.

A l'autopsie Fricke trouva une communication très importante de la bourse séreuse distendue par le pus avec l'articulation coxo-fémorale.

Ce cas de Fricke, très peu détaillé, perd de son intérêt, faute de renseignements précis donnés par l'auteur au sujet de son malade, de l'arthrite de la hanche qui a précédé l'apparition de la tumeur, sur la nature même de cette arthrite qui nous semble fort avoir été de nature tuberculeuse.

Nous retenons toutefois le fait de l'inflammation de la bourse séreuse, constaté à l'autopsie, et secondaire, d'après l'auteur, à une suppuration articulaire.

OBSERVATION III

Empruntée à Wernher de Giessen. (Volkman, *Maladies de l'appareil locomoteur*, page 822).

Un jeune homme de vingt-trois ans, présente à la racine de la cuisse une tumeur, s'étendant du petit trochanter jusqu'à la crête iliaque et sous le ligament de Poupart jusque dans le bassin. La tuméfaction n'était pas enflammée, l'absence de fièvre et de douleur locale durent faire repousser l'idée d'un abcès congestif avec lequel la tumeur avait une grande ressemblance. La ponction donna issue à deux livres d'une synovie très claire et très limpide.

OBSERVATION IV

Dr Fricke de Hambourg (*Journal der Chirurgie und Augenheilkunde* herausg. von Graefe und von Walter, 1834. XXI, 223-224, Berlin).

Homme de cinquante-deux ans, rhumatisant, atteint d'un épanchement hydropique coxo-fémoral, présente une forte distension de la bourse iliaque.

OBSERVATION V

Empruntée à Volkmann (*loc. cit.*)

« Dans un cas de coxalgie tuberculeuse chez un adulte avec granulations miliaires dans l'épaisseur de la synoviale, je trouvai la bourse iliaque distendue en un abcès du volume du poing, par du pus caséux, sans qu'il y eût communication avec l'articulation de la hanche. La paroi du sac était farcie de granulations miliaires.

Ganglions caséux au pli de l'aîne. Dans les autres organes pas de tuberculose. »

OBSERVATION VI

Dans Heincke (W.), *Anat. und Pathologie der Schleimbeutel und Sehnenscheiden.* »

Mosetig a obtenu par la ponction simple la guérison d'une tumeur liquide de la bourse séreuse située entre le psoas et l'article coxo-fémoral.

OBSERVATION VII

Heineke (W.) (*ibidem*).

Franz Koenig de Göttingue. « J'ai observé un hygroma de la bourse séreuse sub-iliaque, du volume d'un œuf de pigeon. »

OBSERVATION VIII

Bauchet, *Mémoires de l'Académie impériale de Médecine française*, 1857, t. XXI.

Hygroma (kyste sous-musculaire) ayant pour siège la séreuse située entre le psoas iliaque et l'articulation coxo-fémorale, sans communication avec l'articulation.

X. meurt d'une autre affection. Quarante-trois ans. Présente une petite tumeur arrondie, placée entre le psoas iliaque et l'articulation coxo-fémorale, sans communication avec cette articulation. En ouvrant l'article, on voit fort bien que cette communication n'a jamais existé. La tumeur est pleine, fluctuante. Je l'incise. Il sort une matière épaisse, semblable à de la gelée de coing. La

poche est lisse, formée de deux couches : une interne, séreuse ; l'autre externe, fibreuse.

OBSERVATION IX

Fischer (d'après Volkmann, *Maladies de l'appareil locomoteur, loco citato*).

Cet auteur cite un hygroma hordéiforme de la bourse du psoas, d'un volume énorme et qui renfermait tout un plat de corpuscules de forme très diverse et d'apparence cartilagineuse. La couche la plus interne de la paroi de la bourse est constituée par des grains et une substance fibrinoïde, hyaline et homogène.

OBSERVATION X

(Observation publiée par le Dr Frédéric Schaefer, de la clinique du professeur Volkmann
1880, p. 433, dans le *Centralblatt für Chirurgie*.)

Gros hygroma de la bourse iliaque ; communication large avec l'articulation coxo-fémorale. Incision. Drainage. Guérison rapide avec mobilité de l'articulation.

F... (Paul), de Storkwitz, âgé de quarante-huit ans, manoeuvre, entra à la clinique chirurgicale, le 28 octobre 1879 pour une grosse tumeur tendue, située immédiatement sous l'arcade crurale droite. Le malade ne s'est jamais livré à des occupations qui aient soumis l'articulation coxo-fémorale ou la région anatomique atteinte à des efforts démesurés ou à de fortes pressions. Il rapporte plutôt ses souffrances à une chute de voiture qu'il fit il y a deux ans et dans laquelle l'extrémité supéro-interne de la cuisse dut être surtout contusionnée. Mais ce n'est qu'au printemps 1879 (ainsi donc un an

et demi après cette chute) qu'il commença à éprouver des douleurs et de légers troubles fonctionnels dans le membre inférieur atteint; bientôt il remarqua une tumeur de la grosseur d'un citron, en haut, à la partie interne de la cuisse. La tumeur apparut vite, les douleurs devinrent plus vives et prirent le caractère qu'elles ont dans la coxalgie, s'irradiant dans la jambe et se localisant surtout dans celle-ci. Les muscles du malade étaient comme paralysés et il souffrait avec une extraordinaire facilité; souvent il avait des fourmillements et une sensation d'engourdissement.

A l'entrée, le malade se présente sans fièvre, vigoureux, quoique déjà un peu vieilli. Le membre inférieur droit, fortement amaigri, présente dans la région inguino-crurale, immédiatement sous le ligament de Poupart, une tumeur tendue, grosse comme une tête d'enfant, qui a comprimé fortement en dedans les gros vaisseaux. Elle pointe peu sous la peau, siège plutôt profondément, enfouie dans la musculature de la cuisse et a une forme légèrement ovale. Le diamètre longitudinal est sensiblement parallèle à la direction du muscle psoas. La cuisse du malade est en flexion modérée; si on la place en extension complète (ce qui occasionne de vives souffrances), on sent alors à la tumeur une consistance de pierre très dure. Si, au contraire, on fléchit fortement la cuisse, la tumeur devient molle et cela permet de reconnaître indubitablement la fluctuation. Dans la position fléchie on sent en outre que le bord supérieur de la tumeur se prolonge d'un travers de doigt dans l'abdomen, sous le ligament de Poupart. Une deuxième et petite tumeur, grosse comme une pomme, est sentie sous la pointe du grand trochanter au bord du muscle grand fessier. Dans l'extension de la cuisse, on la sent aussi entièrement dure, comme un fibrome. Dans la flexion, elle est tout aussi flasque que la première; son contenu se laisse facilement déprimer, et ce fait tend plus fortement la première tumeur. Il ne peut exister aucun doute que les deux parties communiquent dans la région du petit trochanter.

Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont tout à fait libres et très doux. Aussi n'existe-il pas de dilatation de la capsule articulaire. La tête du fémur est solidement placée à l'étroit

dans la cavité cotyloïde et ne peut pas être sortie quelque peu et rentrée de nouveau, comme cela se présente souvent dans les affections articulaires de la hanche.

Dans ce cas, il nous manquait les signes d'une affection vertébrale ; le diagnostic porté avant l'opération était donc : Hygroma de la bourse du psoas iliaque. Tout au plus, il pouvait s'agir d'un kyste hydatique, mais la ponction exploratrice, faite avec une seringue de Pravaz, évacua un liquide légèrement jaune d'ambre, filant, fortement albuminoïde.

Le 11 novembre 1879, l'on fit avec toutes les précautions antiseptiques les plus sévères, à la partie antéro-externe de la racine de la cuisse, une incision longue de près de 4 pouces, qui mit à nu un sac blanc, calleux. On l'ouvrit sur une étendue de 2 pouces. On recueillit environ 600 grammes d'une synovie très claire. La paroi du sac est épaisse de 2 à 4 lignes et se tient raide comme un vieux sac d'hydrocèle. La surface interne est blanche, brillante, grillagée par quelques parcelles de tissu exhubérantes ; la cavité contient aussi des végétations, comme cela se rencontre dans les vieux hygromas patellaires. Le sac se laisse isoler si facilement (à sa partie antérieure) des parties molles environnantes, qu'on peut l'exciser librement sur une grande étendue pour faciliter la guérison. L'examen histologique du morceau excisé ne laisse aucun doute sur sa nature hygromateuse. Bien plus importants sont les renseignements fournis par les doigts placés dans la cavité, du sac. Le psoas proémine dans la cavité, si bien qu'il est presque tout entier entouré de liquide. En le suivant, on arrive au petit trochanter que l'on peut toucher du doigt. Dans la capsule de l'article coxo-fémoral, existe un trou, entouré d'un limbe tranchant, par lequel la bourse hydropique communique directement avec l'article. On peut y passer deux doigts, on sent le col du fémur, et dans des mouvements d'adduction, on sent la marge du cartilage articulaire absolument sain. L'ongle du doigt pénètre dans cette position entre la tête et la cavité cotyloïde. Il est impossible, au contraire, le doigt placé entre le col du fémur et le petit trochanter, de pénétrer dans la partie profonde plus petite de l'hygroma. La communication entre les deux parties

doit être étroite et dissimulée; cependant elle existe sans nul doute, parce qu'après l'incision la tumeur postérieure s'est complètement vidée elle aussi.

11 novembre 1879. — L'opération est faite sous le spray. 2 drains longs et épais sont placés dans la cavité. L'un arrive jusqu'à l'ouverture de la communication entre la bourse et l'article, l'autre est placé dans la partie du sac qui bombe vers l'abdomen.

Suture complète de la large plaie (16 points de suture).

Pansement occlusif de Lister, fortement compressif.

Extension de la cuisse par des poids.

Aucune réaction locale ne suit l'intervention, quoique la température du corps se soit élevée dans les quatre premiers jours, et soit allée une fois jusqu'à 38° 6. Réunion par première intention. La sécrétion par les deux drains depuis l'opération est très légère et tarit bientôt complètement. Au début, elle est constituée par de la synovie, quoique un peu teintée de sang; au troisième jour elle était déjà très restreinte.

7 novembre. — Sixième jour. — On peut enlever les drains.

22 novembre. — Une pression énergique sur la place où étaient les drains ne fait pas sortir une goutte de liquide.

27 novembre. — Le pansement antiseptique est enlevé.

9 décembre. — Le malade se lève et se promène, *sans claudication*.

30 décembre. — Le malade quitte la clinique, complètement guéri.

Revu le 3 juillet 1880, le malade n'a pu voir son affection récidiver. Les mouvements de l'articulation sont absolument libres.

OBSERVATION XI

Recueillie dans le livre de Maisonneuve (*Clinique chirurgicale*, article COXALGIE) et publié sous ce titre: *Disparition complète de la tête et du col du fémur*.

Homme, septuagénaire, meurt de pneumonie double en l'espace

de trois jours. L'affection médicale ci-dessus était concomitante à une affection chirurgicale de la hanche gauche du malade, qui marche avec des béquilles. Avant sa mort, ce malade, dont l'intelligence est en grande partie disparue, et dont les réponses sont fort obscures, n'a pu nous renseigner sur l'histoire de son affection articulaire.

Examen chirurgical objectif. — Membre gauche fléchi sur le bassin et naturellement dans l'adduction. On peut l'étendre avec facilité et le sortir de cette position subite, sans déterminer de douleur. Divers mouvements non pénibles. Le raccourcissement du membre est de 4 centimètres. Les condyles du fémur sont plus élevés à gauche qu'à droite, le raccourcissement tient donc à cet os. Pas de saillie trochantérienne bien appréciable. Pas de signe de fracture ou de luxation.

Région inguino-crurale. — Tumeur saillante et visible à l'œil, sous-jacente à l'artère, soulève ce vaisseau dont on voit les battements. Elle soulève également la veine crurale placée également sous la peau parallèlement à l'artère. Limite supérieure de la tumeur à 3 centimètres environ du ligament de Poupart ; sur les côtés elle dépasse l'artère, en dehors elle est séparée du tenseur du fascia lata par un sillon. En haut la délimitation est obscure et impossible, on ne peut suivre nettement la tumeur au-dessus du ligament de Poupart.

Cette tumeur, du volume d'une pomme environ, est fixe, lisse et régulière, fluctuante et douloureuse au toucher.

Le vieillard — dont les sens sont fortement obscurcis — prétend que cette tumeur est récente et date de *huit jours*.

Autopsie. — 1° *Fémur.* — Plus de tête et de col du fémur. Il n'existe qu'une surface lisse, oblique de bas en haut qui termine le fémur à son extrémité supérieure, le biseau de cette surface est terminé par le grand trochanter ; il commence au petit trochanter. Autour de ce biseau mousse naît la capsule de l'articulation. Point de cartilage. Surface articulaire lisse et usée.

2° *Os iliaque.* — Point de cavité cotyloïde. A la plaie, superficie saillante inégale, sans cartilage, en rapport avec les surfaces de l'os de la cuisse.

3° *Capsule articulaire*. — Intacte, naît autour de la surface articulaire nouvelle de l'os iliaque, va s'attacher au fémur, et retient en contact les parties osseuses. Cette capsule est distendue par une certaine quantité de liquide synovial, jaunâtre, semblable à de la bile peu colorée, filant et visqueux. En examinant la capsule synoviale, on trouve dans le voisinage du petit trochanter, un orifice de communication dans lequel on peut sans difficultés, introduire le doigt; cet orifice est le commencement d'un canal qui contourne la direction des muscles psoas et iliaque, et vient aboutir à la tumeur située dans l'aîne. Cette tumeur en rapport en dehors avec les muscles psoas et iliaque qu'elle soulève, en arrière avec la branche horizontale du pubis et la capsule articulaire, soulève l'artère et la veine, dépasse en haut le ligament de Fallope et se prolonge sous le psoas iliaque dans le bassin dans une étendue de 4 à 5 centimètres.

Cette tumeur bien limitée, close de toutes parts, renferme de la synovie. La pression la refoule dans l'articulation en lui faisant parcourir le canal indiqué. Ce liquide est comme le liquide des cavités articulaires. L'enveloppe est fibreuse, dense, consistante, adhère à la capsule, à la gaine musculaire du psoas ainsi qu'à celle des vaisseaux. Le nerf crural est aplati et divisé au-devant de la tumeur.

La surface intérieure de cette tumeur est inégale, couenneuse et jaunâtre, comme les surfaces de la membrane séreuse articulaire.

On ne remarque dans les infractuosités de cette surface, aucune trace de pus ou de matière osseuse.

L'observation que nous venons de citer n'est de la part de Maisonneuve, qui la publie dans ses *Études sur la coxalgie*, l'objet d'aucun commentaire; qui puisse nous faire supposer que l'éminent chirurgien ait conçu l'idée d'un hygroma de la bourse du psoas. Or, d'après les renseignements fournis par l'autopsie, le diagnostic s'impose et c'est bien un hygroma de cette bourse que portait le

vieillard (mort de pneumonie), avec communication à plein canal fibreux avec la capsule articulaire. L'affection de la hanche gauche était bien dans ce cas la variété d'arthrite sèche, décrite chez les vieillards sous le nom de *morbùs coxæ senilis*, dans laquelle, à l'érosion des cartilages, des cavités et têtes osseuses, se joint le plus souvent un épanchement abondant de sérosité, véritable hydropisie articulaire.

OBSERVATION XII

(*Bulletin Société anatomique de France*, 26^e année, p. 406.)

M. Broca montre à la Société une carie du rachis avec abcès ossifluent pénétrant dans la bourse muqueuse placée au-dessous du muscle psoas, et de là dans l'article lui-même.

OBSERVATION XIII

(*Loc. cit.*, voir ci-dessus.)

M. Verneuil rapporte avoir rencontré, l'an dernier, une pièce semblable. Le pus avait pénétré dans la bourse muqueuse distendue, mais non dans l'articulation sous-jacente.

OBSERVATION XIV

(Empruntée au professeur Richet, *Cliniques chirurgicales*.)

X..., trente-trois ans, homme. Salle Saint-Louis, n° 14.

Depuis l'âge de treize ans, ce qui fait remonter le début de sa maladie à une vingtaine d'années, cet homme raconte qu'il éprouvait de temps en temps des douleurs vagues qu'il ne peut nette-

ment caractériser, dans tout le membre inférieur droit et plus particulièrement dans la cuisse au niveau de la hanche et du genou, Occupé à la culture et à la vie des champs, il attribuait ces douleurs à la fatigue; il vint à Paris il y a un an pour exercer le métier de tonnelier. Même souffrance, à intervalles peut-être plus rapprochés. Il y a environ quatre mois plus fatigué que d'habitude, il porta sa main dans le pli de l'aîne droite et fut fort étonné d'y sentir une grosseur. Il rentre donc dans nos salles où l'on pratique l'examen suivant.

Examen. — Dans le pli de l'aîne droite, immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, cet homme porte une tumeur de la grosseur d'un œuf environ; elle est elliptique, allongée suivant la direction du muscle psoas et ce dernier semble soulevé et se dessine plus nettement.

Si l'on porte la cuisse dans la flexion et l'abduction, la tumeur devient molle et flasque. Elle est alors nettement fluctuante en dehors. Elle est en outre nettement circonscrite. Elle ne dépasse pas en haut l'arcade crurale et ne se prolonge pas en haut, vers la fosse iliaque. Elle ne descend pas vers l'insertion du psoas au petit trochanter. Latéralement, elle ne déborde pas les bords du muscle qui la recouvre.

Les mouvements et manœuvres d'examen sont peu douloureux. Le malade ne se plaint que lorsqu'il a marché assez longtemps ou quand il porte la cuisse dans la rotation en dehors.

La douleur qu'il éprouve alors, se répand dans toute la cuisse, mais semble être plus intense au niveau de l'articulation de la hanche et dans le genou. Le malade se plaint même plus du genou que du reste de la cuisse.

Traitement. — Après l'emploi inutile de vésicatoires pendant un mois, la ponction est pratiquée le 5 février à la partie externe de la tumeur.

Le liquide sort assez difficilement, parce que des grains hordéiformes bouchent de temps en temps la canule du trocart. C'est un liquide sirupeux analogue à du sirop de gomme.

Avant que l'injection ne soit faite, la poche est lavée à l'eau tiède. L'injection de *teinture d'iode au tiers* est pratiquée ensuite.

Le malade n'éprouve aucun accident et part le 14 mars. La tumeur s'est enflammée le soir; il y a eu une assez forte douleur. Quand le malade quitte l'hôpital il n'y a plus de tumeur appréciable et plus de douleurs.

Revue au mois de juin suivant, la tumeur est réduite à un très petit volume elle est de consistance très dure. On peut donc la considérer comme guérie.

OBSERVATION XV (personnelle).

(Recueillie dans le service de M. Poncet.)

Arthrite chronique de la hanche droite (rhumatisme chronique monoarticulaire, ou peut-être morbus coxæ senilis, avec tumeur fluctuante en avant de l'article, dans le triangle de Scarpa.

X..., cinquante-neuf ans, serrurier, né à Ecully (Rhône), y demeurant. Entré le 16 janvier 1892, salle Saint-Philippe, lit n° 7.

Bonne santé antérieure. Pas d'atteinte de rhumatisme articulaire aiguë bien précisée par le malade. N'a pas maigri. Depuis huit ans il s'est aperçu d'une grosseur au niveau de l'aîne droite qui est arrivée spontanément sans traumatisme. Le malade bien interrogé sur ce point nie toute distorsion de la hanche ou choc direct sur le muscle psoas. Il est plus affirmatif lorsqu'il dit que « bien avant ces huit années, deux ou trois ans avant, il avait une certaine gêne dans la hanche droite, qu'il boitait après une longue marche et qu'il fut soigné pour des rhumatismes de la hanche ». Il a donc eu apparemment une poussée d'arthrite sèche au moins deux ans avant l'apparition de sa grosseur, due soit à du rhumatisme monoarticulaire ou à un début de *morbus coxæ senilis*. C'est le point que nous ne pourrions préciser.

Cette tumeur apparue depuis huit années, d'abord comme un œuf de pigeon, a grossi lentement, toujours indolente. Le malade

qui est serrurier et qui ne fait pas de longues courses, se plaignant, depuis un an, de douleurs le long du bord interne de la cuisse et du membre inférieur, et ces douleurs étant devenues très vives, s'est décidé à venir à l'hôpital autant pour demander un soulagement, que pour obtenir le rétablissement fonctionnel complet de la marche.

Examen du malade. — La tumeur est de la grosseur d'un œuf de poule, légèrement fusiforme, à la direction du muscle psoas. Elle est de consistance ferme, dans l'extension presque complète de la cuisse (le malade laissant son membre dans une légère flexion). Dans cette position, la fluctuation n'existe pas. Pas de réduction par la pression directe. Toutefois la tumeur paraît remonter dans cette manœuvre exploratrice, elle subit un mouvement de translation que la main peut constater quand elle est placée sur l'arcade fémorale ou plutôt un peu au-dessus d'elle dans la fosse iliaque.

Si on fléchit à angle droit la cuisse sur le bassin, la fluctuation est nettement perceptible à travers le muscle psoas relâché.

Mouvements provoqués. — L'extension complète est possible mais elle est douloureuse. La flexion s'effectue normalement si on ne dépasse pas l'angle droit. À ce niveau la cuisse entraîne le bassin et le malade souffre au niveau de la hanche, dans la région du grand trochanter. La flexion avec abduction ou adduction n'est pas douloureuse. Elle est facilement provoquée.

Examen de l'articulation et du membre. — La flexion combinée à l'abduction, détermine des craquements articulaires très nets constatés à la main. Elle est douloureuse avons-nous dit quand on dépasse l'angle droit dans la flexion. La douleur existe alors dans la hanche en arrière et en dehors, et non dans la cuisse. Les signes de sciatique n'existent nullement. Raccourcissement de 2 centimètres du membre inférieur droit.

Douleur à la marche (même non prolongée). — Ces douleurs, le malade est très affirmatif sur ce point (et il les distingue très bien des douleurs articulaires localisées de la hanche dans la flexion forcée) occupent tout le bord interne de la cuisse, sont très vives au niveau du genou.

A l'*auscultation*, la tumeur n'a pas de souffle, ni de mouvement d'expansion. Elle présente *des battements* très nets à sa partie interne, communiqués sans doute par l'artère fémorale.

18 janvier. — Ponction aseptique en avant et en dehors. On retire 35 grammes environ d'un liquide synovial, visqueux. Bandage compressif.

21 janvier. — Le liquide s'est reproduit. Le malade demande à quitter l'hôpital et refuse toute intervention chirurgicale.

Nous avons revu le malade à Écully, le 28 octobre 1894. Bonne santé. Continue à faire son travail de serrurier, mais ne peut faire ni courses, ni promenades. Se plaint toujours de ses douleurs le long du bord interne de la cuisse et dans la région du genou. Elles se font sentir même parfois, dit-il, à la cheville interne. Le malade ne peut guère se baisser.

Examen de la tumeur. — La tumeur a légèrement grossi. Elle s'est aussi étalée sur les bords et ses battements sont plus distincts.

Toujours pas de souffle ou de mouvement d'expansion.

Elle est aussi indolente que jadis par la pression directe.

Les *craquements* articulaires sont très nets, le raccourcissement du membre est sensiblement le même (2 centimètres).

CHAPITRE IV

Symptômes et Diagnostic.

A. Symptômes.

Les signes cliniques d'une tumeur de la bourse séreuse du psoas, vont être exposés dans ce chapitre et seront suivis du diagnostic différentiel.

L'*attitude* d'un malade porteur de l'affection qui nous occupe est loin d'être caractéristique : légère flexion de la cuisse sur le bassin, pas de rotation appréciable en dehors.

La *tumeur*, appréciable à la vue, se présente en général sous une forme légèrement ovale, ou fusiforme même. Son grand axe est oblique de haut en bas et de dehors en dedans et passe par la ligne fictive, allant du petit trochanter à l'arcade crurale (au bord interne du psoas).

Les dimensions varient sensiblement depuis le volume d'un œuf de poule (cas observé par nous) jusqu'au volume

d'une tête d'enfant allongée (obs. III, où elle pointait depuis le petit trochanter jusqu'à la crête iliaque, contenant 2 livres de synovie). Elle peut présenter toutes les dimensions intermédiaires, dimension d'un citron (obs. X), du poing (obs. V).

La *fluctuation*, recherchée dans l'attitude habituelle du malade au lit, c'est-à-dire dans l'extension presque complète de la cuisse sur le bassin, n'existe pas à proprement parler. Mais — et c'est là un signe d'une grande importance à notre avis — elle apparaît et devient absolument perceptible, lorsqu'on porte la cuisse dans la flexion. Cela s'explique par ce fait que le muscle, n'étant plus tendu au-dessus de la tumeur, mais, se trouvant relâché et dépressible dans sa nouvelle position, permet l'exploration profonde complète.

La *consistance* varie selon la position prise par la cuisse du malade. Si l'on fait contracter le muscle, en s'opposant à son action, la tumeur prend une dureté exceptionnelle, dureté pierreuse, de vraie fibrome. Dans le relâchement complet du muscle, c'est-à-dire dans la flexion avec abduction et rotation en dehors, la tumeur est molle, fluctuante. Dans l'extension du muscle (extension, rotation en dedans, adduction) elle reprend ses caractères de dureté.

La tumeur est-elle réductible ? Non, si l'on entend par réduction, la disparition d'une collection liquide, et non pas seulement son simple déplacement. Quoiqu'une communication existe entre le sac et la capsule, l'on comprend aisément que 40, 100, 300 grammes de liquide ne peuvent pas se réduire dans une cavité articulaire si étroite et si étroitement tendue que la cavité coxo-fémo-

rale. Mais elle est susceptible d'être mobilisée, et cela pourra donner une fausse apparence de réduction. Chez notre malade, dont la bourse séreuse remonte sans doute dans la fosse iliaque à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la crête ilio-pectinée, le liquide (sous une pression pratiquée sur la partie renflée) se déplace, et vient frapper la main placée dans la partie inférieure de la fosse iliaque. Il y a réduction ou diminution de volume apparente à la cuisse, mais c'est une fausse réduction, un simple déplacement de la tumeur sur un même plan.

La *douleur locale* est modérée ou parfois nulle. Chez le malade que nous avons observé, la pression directe sur la tumeur est indolore. Dans les autres observations, il n'est guère fait mention de douleur locale.

Mais en revanche, les *douleurs irradiées* sont très vives, surtout quand le malade a marché. Elles se montrent dans toute la région antérieure et interne de la cuisse, ne sont jamais signalées à la face postérieure du membre, pultôt vives au genou (obs. X, obs. XIV, obs. V), vraie gonalgie comparable à la gonalgie des coxalgiques, le long du bord interne du membre inférieur (obs. II), jamais dans la hanche (au niveau du grand trochanter, ou en arrière de la cavité cotyloïde) à moins de lésions articulaires concomitantes. La jambe, elle aussi, est le siège de ces douleurs après la marche, mais à la partie interne. Notre malade, après avoir marché quelque temps, ou même dans la station verticale prolongée, se plaint de douleurs qui descendent jusqu'à la malléole interne (territoire du nerf saphène interne). Ces douleurs tiennent, sans nul doute, à la *compression du nerf crural* et peut-être même à des phénomènes névritiques dus à cette

compression. Chez notre malade d'Ecully, revu par nous, il y a trois semaines à peine, la tumeur circonscrite jadis, s'étale sur les bords du muscle, dépasse sensiblement le bord interne et doit nécessairement comprimer le crural, situé dans la gaine du muscle. Cela explique, selon nous, les douleurs ressenties par notre malade le long de la cuisse et de la jambe. Dans le cas de Schaefer (obs. X) le malade se plaignait de douleurs vives, surtout dans la jambe; en outre « les muscles du malade étaient comme paralysés, et il souffrait avec une extrême facilité; souvent il avait des fourmillements et une sensation d'engourdissement ».

Cette douleur, ces *fourmillements*, nous avons cru les expliquer par la compression du nerf crural.

La *semi-parésie* accusée par le malade de l'observation X ne nous surprend nullement, car le crural innerve de nombreux muscles du membre inférieur, tels que le psoas, le droit antérieur, le couturier, le tenseur du fascia lata, le vaste externe et vaste interne. Tous ces signes ne devaient-ils pas être sûrement réunis chez le malade de Maisonneuve, que l'on n'a pu interroger, ni observer à temps (obs. XI) et dont « le nerf crural était aplati et divisé au-devant de la tumeur ».

Les troubles *vasculaires* ne doivent pas être aussi fréquents que les troubles nerveux, la gaine des vaisseaux fémoraux étant moins rapprochée et par cela même plus difficilement compressible que celle du nerf crural. Néanmoins, elle pourra se présenter dans la variété des gros hygromas étalés. Dans l'observation XI, la tumeur soulève l'artère et la veine. Du côté de cette dernière, on peut évidemment rencontrer des troubles par stase dans

la circulation en retour. Dans l'observation I, Ehrle cite un œdème douloureux de la jambe gauche dû à une thrombose survenue à l'extrémité supérieure de la veine, saine jadis, sur une certaine longueur. Dans ce cas, la malade étant morte de pyohémie ou d'infection purulente, nous n'oserions affirmer qu'il ne s'agisse là de thrombose due à l'infection générale, plutôt qu'au voisinage d'une bourse séreuse largement dilatée par un épanchement purulent. Dans l'observation II, nous trouvons signalé un œdème considérable de tout le membre. Fricke l'attribue à un érysipèle plutôt qu'à la tumeur, mais il nous paraît surprenant d'admettre sans plaie extérieure, l'existence d'un érysipèle aussi étendu, alors que la coïncidence de l'œdème dans le membre avec l'inflammation articulaire et l'affection de la bourse séreuse, nous porte à croire que l'œdème est plutôt dû à l'affection hygromateuse.

Après avoir parlé de ces troubles vasculaires, d'ordre secondaire, puisqu'ils nécessitent certaines conditions particulières, rarement réalisables à notre avis, d'après l'examen des faits cliniques, nous devons signaler à cette place, toute secondaire également, l'existence possible de *battements* communiqués par l'artère fémorale située, chacun le sait, entre le nerf et la veine crurale. Ces battements, qui nécessitent évidemment les mêmes conditions d'étalement de la tumeur du côté de la gaine des vaisseaux, ou même au-dessous de leur gaine fibreuse (obs. de Maisonneuve), nous les avons nous-même observés chez notre malade. Ils ne sont pas accompagnés d'expansion, ou de souffle, et la confusion sera impossible avec un anévrisme fémoral de la partie de l'artère la plus voisine. Ce sont des battements transmis.

Arrivons aux *troubles fonctionnels* causés par la tumeur, dans les mouvements spontanés, ou provoqués. La marche est douloureuse, nous l'avons dit, et nous avons cru bien décrire le caractère des douleurs. La *claudication* s'ajoute aux douleurs; cette claudication est due à l'état de flexion que le malade est obligé d'imposer à son membre, le *psoas* étant arrêté par la tumeur et par la douleur qu'amènerait l'extension complète. Le muscle se contracte donc à un moment précis de la marche, et l'extension ne peut être absolue. De là cette claudication.

Si l'on cherche à étendre entièrement la cuisse sur le plan du lit, on peut arriver au résultat désiré, mais ce mouvement provoqué est douloureux, et aplatit la tumeur. Le mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin est complet, à moins qu'il n'existe des lésions articulaires concomitantes. La rotation en dehors combinée à la flexion et à l'abduction sont évidemment facilement obtenues. Disons en terminant cet exposé clinique, que les auteurs n'ont pas signalé de *troubles de sensibilité* — autres que de l'engourdissement et des fourmillements, — allant par exemple jusqu'à l'*anesthésie* ou l'*hyperesthésie*. Ces troubles nerveux, recherchés chez notre malade, n'ont pu être trouvés.

Tel est le tableau clinique aussi précis que possible d'une affection de la bourse séreuse du *psoas*, des affections les plus banales, purement constituées par une hypersécrétion séreuse, ou muqueuse, avec ou sans grains riziformes, et par un sac nettement formé et bien circonscrit. Dans le paragraphe qui va suivre nous poserons les règles du diagnostic différentiel, et nous verrons à cette occasion les additions à faire aux signes cliniques

énumérés ci-dessus dans le cas d'un abcès de la bourse, primitif ou symptomatique d'un mal de Pott, d'une psoïtis, d'une coxalgie (obs. I, II, V, XII, XIII).

B. *Diagnostic différentiel.*

Disons, tout d'abord avec le professeur Richot (*Anat. méd. chir.*) que le muscle psoas divise la racine de la cuisse en deux régions anatomiques distinctes : Une ligne fictive « partie de l'arcade crurale, suivant le bord interne du muscle » laisse au-dessus d'elle la *région crurale, ou inguino-crurale, ou entonnoir fémoro-vasculaire*, région du canal crural, des gros vaisseaux, des lymphatiques, des ganglions; au-dessous est le *canal iliaque* constitué uniquement par le psoas et sa gaine fibreuse. Guidé par cette notion, nous aurons un moyen d'élimination de nombreuses tumeurs de la racine de la cuisse qui, appartenant à la région crurale ne sauraient être confondues avec l'affection qui nous occupe. Nous citerons par ordre d'importance :

1° Les *hernies crurales* que nous distinguerons facilement;

2° Les *affections des gros vaisseaux* à leur sortie de l'anneau ;

3° Les *dilatations variqueuses*, très rares, de l'origine de la saphène interne dont l'abouchement à la veine fémorale se fait sur le bord interne du membre ;

4° Les *kystes séreux acquis d'origine péritonéale* (kystes sacculaires Duplay), formés au dépens d'un sac

herniaire deshabité. Leur prolongement dans l'abdomen par l'anneau crural, leur réduction partielle par l'orifice péritonéal toujours perméable ou plutôt rarement fermé, et comme conséquence, l'impulsion de la main dans les efforts ou les quintes de toux ;

5° Les *kystes congénitaux* d'origine péritonéale, si rares, grands kystes séreux, que Michel de Charleston a étudiés (*Centralblatt für Chirurgie*, 1880, page 127) et qui seraient d'après lui des « invaginations péritonéales congénitales, devenues hydropiques », proéminent surtout dans la *région génito-crurale*, sur le plan profond du pectiné et des adducteurs, entre les insertions desquels ils gagnent le bassin ;

6° Les *hygromas de la région de l'aîne*, sous-cutanés dus au port d'un bandage ;

7° Les *abcès ganglionnaires inguino-cruraux*, profonds et du type inférieur. Bien décrits par Tillaux, ils sont globuleux, situés vers la pointe du triangle de Scarpa consécutifs à l'infection des lymphatiques du pied ou du membre inférieur, ils seront vite reconnus à un examen clinique approfondi, fondé sur les signes que nous avons donnés ;

8° Les *anévrismes fémoraux* présentent de l'expansion, du souffle, des battements tout autres que ceux que nous pouvons rencontrer dans un hygroma de la bourse du psoas (il s'agit ici des anévrismes de la portion de l'artère voisine du muscle) ;

9° Les *kystes ganglionnaires, adéno-lymphocèles* aussi reconnaissables par les signes cliniques que les abcès inguino-cruraux.

Ces tumeurs du canal crural éliminées par l'examen

même le plus superficiel, examinons les tumeurs ou collections du canal iliaque.

Une tumeur apparaît le long du muscle psoas, sa direction est celle du muscle, il s'agit de déterminer :

1° *Si elle est dans le muscle ou dans sa gaine.*

Parmi les tumeurs ou collections du psoas, ou de sa gaine pouvant simuler une affection de sa bourse séreuse, nous citerons :

a) Les *tumeurs musculaires*, en général, que l'on peut rencontrer dans le psoas comme dans tous les muscles de l'économie (myomes, gommes, hydatides, hématomes, fibromes, etc.) ;

b) *Abcès de psoïtis* ;

c) *Abcès par congestion* provenant de la colonne vertébrale, de l'os iliaque.

Nous demanderons donc aux signes cliniques la solution de ce premier problème qui présente quelques difficultés.

Les tumeurs solides seront vite reconnues, leur consistance ferme, très peu variable même pendant la contraction du muscle, l'absence de fluctuation recherchée dans les conditions voulues, enfin la ponction exploratrice peut-être inutile dans les cas de tumeur solide musculaire, fixeront le diagnostic. Mais comment reconnaître, et nous rétrécissons le champ de diagnostic, une collection liquide (kyste ou abcès) intra-musculaire, d'une collection sous-musculaire. Une tumeur intra-musculaire suit les déplacements du muscle, remontera par conséquent dans la flexion forcée de la cuisse, ne pourra guère se déplacer latéralement, et pourra rarement présenter ce phénomène de réduction apparente et de translation particulier au

liquide d'une bourse séreuse aussi développée que celle du muscle psoas. Enfin, quand une collection liquide intra-musculaire, bridée par une sangle musculaire continue est fortement serrée de tous côtés pendant la contraction vigoureuse du muscle, lorsqu'on s'oppose au mouvement surtout, elle s'arrondit, se fixe, devient ferme. La tumeur liquide sous-musculaire, pressée par le muscle tendu contracte contre le plan sous-jacent, s'étale, ne pointe plus, paraît disparaître.

Nous venons d'acquérir la conviction qu'une tumeur du canal iliaque est sous-musculaire (en ajoutant bien entendu aux signes précédents les commémoratifs et les symptômes particuliers à chaque affection, rétraction musculaire par exemple avec flexion forcée et rotation en dehors dans le cas de psoïtis).

Nous avons maintenant à résoudre la question que voici :

2° *S'agit-il d'une coxalgie avec abcès préarticulaire.*

Ici se place la discussion la plus intéressante, car la confusion est possible — nous avons rappelé l'erreur commise par M. le professeur Verneuil — et les conséquences d'une confusion peuvent être préjudiciables au malade. Voici un malade, dont l'article coxo-fémoral est absolument sain, et dont la bourse du psoas est distendue par une hydropisie séreuse ou un abcès. Le diagnostic d'hydropisie séreuse sera facilement contrôlé par une ponction exploratrice. Mais cette dernière signale l'existence de pus collecté sous le psoas. Dans ce cas, les recherches des signes de la coxalgie éviteront sans doute l'erreur. Pas de douleur à la pression sur le trochanter, chez le sujet qui fait l'objet de l'examen; choc plantaire nullement douloureux; pas d'allongement apparent, pas

de position classique du tuberculeux de la hanche dans une des deux attitudes en flexion, abduction et rotation en dehors, ou en flexion, adduction, rotation en dedans, pas d'ensellure lombaire aussi accentuée que celle du coxalgique ; l'absence de tous ces signes imposera au clinicien le diagnostic d'hygroma de la bourse séreuse du psoas. Le contrôle des signes que nous avons indiqués confirmera le diagnostic.

Telles sont les données essentielles du diagnostic différentiel. Elles sont, croyons-nous, aussi complètes que possible. Mais, avant de terminer le chapitre consacré aux symptômes et au diagnostic, nous devons revenir à la symptomatologie des hygromas suppurés, primitifs ou symptomatiques que nous avons réservée. Si nous ne l'avons pas mise à sa place, à la suite des signes cliniques généraux de l'hydropisie séreuse simple, c'est que là se placent quelques réserves que nous voulions traiter en dernier lieu.

Dans le cas d'*hygroma suppuré primitif*, les symptômes fébriles du début (fièvre grave, infection purulente) nous mettent sur la voie du diagnostic. Cependant, les signes cliniques varient quelque peu. La douleur sera plus intense, l'impotence fonctionnelle plus accusée, un empâtement diffus de la peau, du tissu cellulaire envahira les régions avoisinant l'abcès, ou même un œdème de tout le membre inférieur pourra apparaître, si des phénomènes infectieux ou simplement mécaniques du côté de la veine fémorale apportent un obstacle au cours du sang veineux. La ponction exploratrice s'ajoutera aux signes d'hygroma pour nous fixer sur l'existence du pus.

Venons aux *hygromas suppurés symptomatiques* pour

lesquels nous voulons surtout réserver nos conclusions. Disons tout de suite que le diagnostic précis sera plus difficile, et parfois même impossible. Nous trouvons chez un malade soit une coxalgie, soit un mal de Pott, soit une psoïtis, une arthrite suppurée, avec une collection liquide concomitante sous le muscle psoas. Avons-nous le droit ou le pouvoir d'affirmer qu'il s'agit là d'un abcès de la bourse? Quel est le signe clinique qui nous permette d'affirmer que la collection est bien dans le sac séreux et non en dehors de lui entre la capsule et le psoas par exemple, refoulant la bourse séreuse? Sans doute, un abcès de la bourse, symptomatique d'une coxalgie suppurée (obs. de Volkmann) est une tumeur circonscrite et non pas diffuse comme l'est un épanchement purulent dans le tissu cellulaire lâche, sans limites. Mais l'on ne peut pas, et c'est la réserve que nous voulions mettre à la fin de ce chapitre, fixer une symptomatologie précise de ces formes d'abcès de la bourse muqueuse. Les symptômes de coxalgie, de mal de Pott, de psoïte sont si étendus qu'ils couvrent la scène et masquent les signes cliniques de l'affection que nous voulons diagnostiquer.

Un abcès de la bourse muqueuse du psoas, symptomatique d'une coxalgie, d'un mal de Pott, d'une psoïtis, pourra être supposé d'après tel ou tel indice; il sera plutôt deviné que diagnostiqué. Le diagnostic ne sera établi que par une vérification sanglante faite dans un but thérapeutique qui conduira sur un sac rempli de pus ou semé de granulations. Des cas tels que ceux de Broca, Verneuil, Volkmann ne sont que des trouvailles d'autopsie.

Notre impuissance n'est pas aussi complète à diagnostiquer la forme anatomo-pathologique d'un hygroma; la

ponction exploratrice nous aidera à reconnaître la présence d'un liquide séreux, séro-muqueux, séro-hématique purulent, ou contenant des grains riziformes (comme dans le cas de Richet). Sans elle, nous ne pourrions avoir de telles indications, car la bourse, profondément située sous un muscle, échappe aux investigations cliniques du palper.

Nous croyons pouvoir conclure à la fin de cet important chapitre: qu'il existe une symptomatologie clinique bien nette des affections primitives de la bourse du psoas, permettant non seulement de reconnaître l'affection elle-même, mais d'en préciser la variété; qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, de diagnostiquer une affection purulente symptomatique.

CHAPITRE V

Traitement.

Les hygromas de la bourse séreuse sub-iliaque sont suivant leur nature, susceptibles de se modifier, de guérir spontanément, mais la plupart du temps, comme d'autres hygromas auxquels ils sont tout à fait assimilables, leur persistance, leur accroissement, les accidents qu'ils provoquent peuvent nécessiter un traitement chirurgical. On conseillera tout d'abord, dans les hygromas primitifs, indépendants de toute lésion de l'articulation, les moyens résolutifs généralement connus, et avant tout autre essai, le repos. A ce sujet, Bauchet s'exprime ainsi dans les *Mémoires de l'Académie impériale de médecine française*, 1857, dans son article général sur les kystes : « ces kystes (sous-musculaires du psoas) se développent assez aisément ; ils disparaissent aussi plus facilement. C'est la première fois que nous trouvons des kystes ayant de la tendance à disparaître complètement et spontanément. Cela tient à leur structure, à leur contenu, mais

surtout à la compression permanente exercée par le muscle lui-même. De là, dit-il, une indication thérapeutique, pour guérir ces affections, le repos seul suffit souvent pour les faire disparaître ».

Si malgré ce traitement, aidé, disons-nous, des résolutifs généralement connus, la tumeur ne disparaît pas, et si elle provoque de la douleur, si elle entraîne des troubles fonctionnels, seulement alors on songera à une intervention chirurgicale.

Nous ne voulons pas ici passer en revue tous les procédés thérapeutiques connus, anciens d'ailleurs, susceptibles de s'adresser à la bourse séreuse sub-iliaque, comme à d'autres bourses séreuses enflammées. Les ponctions, les injections iodées ou autres peuvent être inefficaces (dans le cas de M. Richet, observation XIV, l'injection de teinture d'iode au tiers n'a amené qu'une demi-guérison), dangereuses et par conséquent doivent être rejetées, au même titre que les scarifications. Le seul traitement vraiment curatif est celui dans lequel le chirurgien agit avec sécurité et voit ce qu'il fait. C'est donc d'après M. Poncet, *à l'incision de la poche qu'il faut avoir recours, incision avec évacuation, ablation ou modification de cette dernière.*

Dans cette opération le chirurgien doit toujours avoir présente à l'esprit la communication possible de la bourse avec l'articulation coxo-fémorale et ce n'est vraiment qu'en étant absolument sûr de son asepsie qu'il doit recourir à cette opération sanglante. Les hygromas de la bourse séreuse sub-iliaque doivent être traités comme les hygromas des autres bourses séreuses, kystes du creux poplité, du muscle fessier par exemple.

L'incision, suivant M. Poncet, sera pratiquée sur la partie la plus saillante de la tumeur ; c'est là où il faut l'aborder en ayant naturellement présente à l'esprit l'anatomie de la région, la situation des vaisseaux, etc.

La poche incisée, et ses bords soulevés avec des pinces hémostatiques servant de tracteurs, on se rendra compte avec le doigt des rapports de la poche et de la facilité plus ou moins grande avec laquelle elle peut être énucléée. Si l'ablation en paraît possible, sans dangers, nous voulons dire par là, si la poche est indépendante de l'articulation et si les manœuvres ne courent pas le risque de rendre la communication possible entre ces deux cavités séreuses, on l'enlèvera en totalité. Si au contraire, il existe des adhérences profondes du côté de la capsule articulaire, M. Poncet conseille de n'enlever que les parties non adhérentes de la bourse séreuse ; le fond en sera modifié ultérieurement par un tamponnement avec la gaze iodoformée par des pansements à ciel ouvert. Dans tous les cas il sera prudent de drainer et d'immobiliser la région opératoire par un bon spica de l'aine.

S'agit-il d'hygromas suppurés compliquant une lésion osseuse voisine, une psoïtis, etc., l'inflammation de la bourse séreuse est une complication qui ne peut donner lieu à une indication chirurgicale particulière que dans le cas où il existe une communication entre elle et l'article coxo-fémoral. L'arthrite suppurée qui éclate alors peut seule du reste permettre d'admettre la suppuration de la bourse séreuse et par elle son extension à l'articulation.

Des indications opératoires découlent alors de l'arthrite suppurée qui constitue une complication d'une gravité

extrême et pour laquelle la question de la résection de la tête fémorale en tant que drainage de l'article doit se poser. M. Poncet l'a résolue dans un cas par l'affirmative, mais chez sa malade, des accidents septicémiques n'ont pas moins continué leur marche et nous manquons d'observations pour juger de la valeur de cette opération qui est cependant le seul traitement capable de lutter contre des accidents infectieux en pareil cas, presque fatalement mortels. Quant aux suppurations pyohémiques, elles ne peuvent malheureusement donner lieu à aucune indication chirurgicale.

CONCLUSIONS

I. La bourse séreuse du muscle psoas-iliaque, dite sub-iliaque, placée entre le muscle et l'articulation coxo-fémorale, a un développement remarquable, elle est d'une structure histologique assez élevée. La communication de cette bourse séreuse avec la capsule articulaire a été constatée dans des proportions parfois dissemblables, par les divers anatomistes que nous avons consultés (Richet la croit commune, il prétend l'avoir toujours rencontrée, Henle la croit très rare).

Nos recherches personnelles, faites plutôt pour connaître les rapports exacts, les dimensions de la bourse nous ont permis de trouver la communication trois fois sur douze sujets. Nous ne retiendrons que ce fait : la communication existe quelquefois, elle se fait par un pertuis de dimensions variables.

II. Cette bourse séreuse est susceptible de s'enflammer

dans des conditions et sous des influences diverses. Nous avons recueilli quatorze observations éparses dans la littérature médicale, auxquelles nous ajoutons un cas personnel, inédit, observé dans le service de M. Poncet en janvier 1893. Le malade a été revu récemment.

De l'examen approfondi de ce total de quinze cas, nous avons tiré la division pathogénique que nous proposons.

1° *Hygromas primitifs* avec ses deux principales formes.

a) *Forme séreuse* (dans ses diverses modalités, muco-séreuse, gélatiniforme, à grains riziformes, hématique) (obs. VI, III, IX, VIII, etc.).

b) *Forme purulente d'emblée* (obs. I, pyohémie).

2° *Hygromas symptomatiques avec leurs trois variétés :*

a) *Symptomatiques de lésions osseuses rachidiennes ou iliaques* (obs. XII, XIII);

b) *Symptomatiques de lésions articulaires de la hanche* (rhumatisme articulaire aigu, monoarticulaire chronique, *morbus coxæ senilis*, hydarthrose traumatique de la hanche, coxalgie tuberculeuse, arthrite suppurée). Dans cette variété, les deux variétés séreuse et purulente existent, selon la variété de la lésion (par. ex. obs. II, obs. IV, obs. V, obs. XI, obs. XV);

c) *Symptomatiques de psoïtis* (cas de Curtis, deux cas de M. Poncet).

Aux variétés a, c, se rattachent, selon nous, les *coxalgies secondaires* ou les *arthrites infectieuses secondaires*, signalées dans le mal de Pott et la psoïte.

III. Les différentes inflammations que nous venons de

citer ont des signes cliniques nets ; toutefois ces signes qui subissent déjà quelques modifications quand le pus remplace la sérosité, peuvent n'être que des guides incertains dans le cas d'affection symptomatique purulente. Dans ce cas, la lésion primitive (coxalgie, mal de Pott, psoïtis) a des signes prédominants qui masquent les signes de l'affection purulente de la bourse. Le diagnostic est, au contraire, simple dans le cas d'hydropisie séreuse primitive ou consécutive à une lésion non purulente de la hanche (rhumatisme, hydarthrose par exemple).

IV. Au point de vue du traitement, il faut très nettement séparer l'hygroma séreux de l'hygroma purulent et non moins les hygromas séreux simples, c'est-à-dire indolents, ne provoquant aucun trouble fonctionnel, de ceux qui, au contraire, provoquent de la douleur et compromettent plus ou moins la fonction du membre.

Les hygromas séreux ne peuvent être justiciables que d'un seul traitement, commun du reste à tous les hygromas, nous voulons parler de l'incision avec ablation plus ou moins complète, ou modification de la poche.

En raison de la communication possible, nous n'osons pas dire fréquente, de la bourse séreuse avec l'articulation, on comprend que l'intervention chirurgicale doit être exclusivement réservée aux cas où l'hygroma provoque des accidents et il va sans dire que là encore, comme toujours, l'opération ne doit être exécutée que sous le couvert d'une asepsie parfaite.

Quant aux hygromas purulents pyohémiques ou symptomatiques de lésions vertébrales, du bassin et de psoïte, leur traitement se confond avec celui de la lésion initiale

Il s'agit alors d'une complication d'une gravité extrême lorsque l'articulation de la hanche sous-jacente est envahie; dans le cas contraire la suppuration de cette bourse séreuse n'est qu'un épiphénomène survenant dans le cours d'une inflammation suppurative.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,
LORTET

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
EM. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Firecke (de Hambourg), *Journal der Chirurgie und Augenheilkunde*, herausg. von Graefe und von Walter, 1837 (Berlin).

Volkman, Die Krankheiten der Schleimbeutel und der Sehnen-scheiden (*Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie*, von Pitha und Bilioth).

Ehrle, La Bourse muqueuse iliaque (*Med. Correspondenzblatt des Wurtemberg. ärztlichen Vereins*, octobre 1868, page 275).

Traité de chirurgie, t. I, p. 809.

Rose, *Lancet*, 1873, avril.

W. Heineke, *Anat. und Pathologie der Schleimbeutel und Sehnenscheiden*.

Bauchet, Article DES KYSTES, *Mémoires de l'Académie impériale de médecine française*, 1857, Paris.

Richet, *Cliniques chirurgicales*, Paris, 1893.

S. Duplay, *Tumeurs liquides du pli de l'aîne*.

- Dictionnaire des sciences médicales* (article *Psoas, Coxalgie*).
- Laschka, *Anatomie* (des Glieder).
- Maisonneuve, *Clinique chirurgicale* (de la coxalgie).
- Gilbert, *Coxalgie chez l'enfant*, thèse, Paris, 1858.
- Société anatomique* (bulletin) vingt-sixième année (Broca et Vernieuil), p. 406.
- Testet, *Thèse de la hanche*, Ann. sciences.
- Fort, *Anatomie humaine*, Myologie.
- Tillaux, *Anat. topographique*, articulat. de la HANCHE.
- Schaefer (Clinique du professeur Volkmann), *Centralblatt für Chirurgie*, 1880, p. 433.

TABLE

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Recherches anatomiques	13
CHAPITRE II. — Etiologie. Pathogénie	18
CHAPITRE III. — Faits cliniques	25
CHAPITRE IV. — Symptômes et diagnostic	40
CHAPITRE V. — Traitement	53
CONCLUSIONS.	57
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	61

